

# HISTORIAL MEDICO

Fecha: \_\_\_\_\_

## Información del paciente

Nombre del paciente: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Si el paciente es menor, use el nombre del padre o guardian: \_\_\_\_\_

## Información de la persona responsable

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Estado marital: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_  
Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Número de años empleado: \_\_\_\_\_  
Nombre/dirección/teléfono del parente mas cercano que no viva con Ud.: \_\_\_\_\_

## Cómo escuchó acerca de nosotros? Favor de marcar debajo:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas                            | <input type="checkbox"/> Amigo / Parente            | <input type="checkbox"/> Estacion de radio-Cual? _____ | <input type="checkbox"/> Letrero          |
| <input type="checkbox"/> Anuncion de cartelera                        | <input type="checkbox"/> Empleador                  | <input type="checkbox"/> Periódico-Cual? _____         | <input type="checkbox"/> Cupón por correo |
| <input type="checkbox"/> Comercial de televisión-Cuál estacion? _____ | <input type="checkbox"/> Feria de Salud/Examinacion | <input type="checkbox"/> Otros: _____                  |   |

Razón por la cual nos visita hoy: \_\_\_\_\_  
Fecha de la ultima visita dental \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_  
Ha tenido alguna vez una experiencia en alguna oficina de dentistas que nos quiera relatar? SI NO  
Si la respuesta es sí, por favor explíquenos \_\_\_\_\_

Está Ud. Aprensivo al tratamiento dental?	SI	NO	Tiene dientes descolorados que le molestan?	SI	NO
Están sus dientes sensitivo al calor, frio, dulces, presión?	SI	NO	Está descontento con la apariencia de sus dientes?	SI	NO
Le sangran la encias o las siente irritadas o sensitivas?	SI	NO	Está siendo tratado por un médico en este momento?	SI	NO

Si es asi para que condición medica? \_\_\_\_\_  
El nombre y dirección de su médico(s) es: \_\_\_\_\_

Que medicinas está tomando en este momento? \_\_\_\_\_  
Si es mujer esta embarazada? SI NO Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

## Marque cualquiera que haya tenido o tenga en este momento:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón          | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre         | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Sonidos del corazón irregulares | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea                           | <input type="checkbox"/> Marcador de latidos del corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes         |
| <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata                | <input type="checkbox"/> Anemia                                       | <input type="checkbox"/> Problema de los riñones         | <input type="checkbox"/> Epilepsia        |
| <input type="checkbox"/> Ulceras                         | <input type="checkbox"/> Enficema                                     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    | <input type="checkbox"/> Asma             |
| <input type="checkbox"/> Alergias                        | <input type="checkbox"/> Nerviosidad                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroide        | <input type="checkbox"/> Cancer, leucemia |
| <input type="checkbox"/> Artritis                        | <input type="checkbox"/> Reumatismo                                   | <input type="checkbox"/> Medicina con cortizona          | <input type="checkbox"/> Glaucoma         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las quijadas           | <input type="checkbox"/> Sida   | <input type="checkbox"/> Epatitis                        | <input type="checkbox"/> Emofilia         |
| <input type="checkbox"/> Se le marca la piel fácilmente  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las células rojas en la sangre |  |   |

## Marque cualquiera de las siguientes medicinas a las que Ud. es alérgico:

- |                                    |  |   |   |
|------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirinas | <input type="checkbox"/> Droga de sulfá  | <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos       | <input type="checkbox"/> Sedativos, barbitúncos o pastillas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Yodo      | <input type="checkbox"/> Anestecia local | <input type="checkbox"/> Penincilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                   |

## Medical History updated:

Dr \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

A mi mejor concimiento, todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o algún cambio en las medicinas que yo tomo, yo le informaré a mi dentista en la próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Padre / Guardian